

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER  
FACULTÉ DE MÉDECINE N° 78

---

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE  
• DES  
**TALALGIES**

---

A propos de deux cas d'exostoses du calcanéum  
et de leur traitement chirurgical

---

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 20 Avril 1921

PAR

**CAT (Albert-Marius)**

Né à Clavières (Var), le 30 juillet 1891

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examineurs  
de la Thèse

{ ESTOR, professeur, *Président.*  
TEDENAT, professeur.  
RICHE, agrégé.  
ETIENNE, agrégé. }

*Assesseurs*



MONTPELLIER

« L'ABEILLE », IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE  
14, Avenue de Toulouse. — TÉLÉPHONE 8-78

1921



CONTRIBUTION A L'ÉTUDE  
DES TALALGIES

---

A propos de deux cas d'exostoses du calcanéum  
et de leur traitement chirurgical



CONTRIBUTION A L'ÉTUDE  
DES  
**TALALGIES**

---

A propos de deux cas d'exostoses du calcanéum  
et de leur traitement chirurgical

---

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 20 Avril 1921

PAR

CAT (Albert-Marius)

Né à Clapiers (Var), le 30 juillet 1891

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

---

Examineurs  
de la Thèse

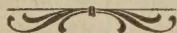
ESTOR, professeur, *Président.*

TEDENAT, professeur.

RICHE, agrégé.

ETIENNE, agrégé.

Assesseurs



MONTPELLIER

« L'ABEILLE », IMPRIMERIE COOPERATIVE OUVRIERE

14, Avenue de Toulouse. — TÉLÉPHONE 8-78

1921



# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

## Professeurs

|                                                     |                          |
|-----------------------------------------------------|--------------------------|
| Anatomie .....                                      | MM. GILIS.               |
| Histologie .....                                    | VIALLETON.               |
| Physiologie .....                                   | GRYNFELT.                |
| Physique médicale .....                             | HEDON.                   |
| Chimie biologique et médicale .....                 | IMBERT.                  |
| Botanique et histoire naturelle médicales .....     | DERRIEN, <i>doyen</i> .  |
| Anatomie pathologique .....                         | GRANEL.                  |
| Microbiologie .....                                 | MASSABUAU.               |
| Pathologie et thérapeutique générales .....         | LISBONNE.                |
| Pathologie interne .....                            | BOSC.                    |
| Thérapeutique et matière médicale .....             | N...                     |
| Hygiène .....                                       | VIRES.                   |
| Médecine légale et toxicologie .....                | BERTIN-SANS (H.)         |
| Clinique médicale .....                             | N...                     |
| Clinique chirurgicale .....                         | DUCAMP.                  |
| Clinique obstétricale .....                         | VEDEL.                   |
| Clinique des maladies mentales et nerveuses .....   | TEDENAT.                 |
| Clinique ophtalmologique .....                      | FORGUE, <i>assesseur</i> |
| Clinique des maladies des enfants .....             | VALLOIS.                 |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ..... | MAIRET.                  |
| Clinique gynécologique .....                        | TRUC.                    |
| Clinique d'oto-rhino-laryngologie .....             | BAUMEL.                  |
| Clinique des maladies des voies urinaires .....     | ESTOR.                   |
|                                                     | DE ROUVILLE.             |
|                                                     | MOURET.                  |
|                                                     | JEANBRAU.                |

## Honorariat

*Doyens honoraires* : MM. VIALLETON et MAIRET.

*Professeurs honoraires* : MM. E. BERTIN-SANS et RODET.

*Secrétaires honoraires* : MM. GOT et IZARD.

## Chargés de Cours complémentaires

|                                                       |              |
|-------------------------------------------------------|--------------|
| Clinique propédeutique de chirurgie .....             | MM. RICHE.   |
| Clinique propédeutique de médecine .....              | RIMBAUD.     |
| Clinique des maladies des vieillards .....            | EUZIERE.     |
| Clinique des maladies syphilitiques et cutanées ..... | MARGAROT.    |
| Médecine opératoire .....                             | SOUBEYRAN.   |
| Pathologie chirurgicale .....                         | ETIENNE.     |
| Accouchements .....                                   | DELMAS (P.). |
| Pharmacologie .....                                   | GALAVIELLE.  |
| Matière médicale .....                                | CABANNES.    |
| Stomatologie .....                                    | WATON.       |

## Agrégés en exercice

|                |                 |             |
|----------------|-----------------|-------------|
| MM. LEENHARDT. |                 | MM. RICHE.  |
| GAUSSEL.       | Chirurgie ..... | ETIENNE.    |
| EUZIERE.       |                 | LAPEYRE.    |
| RIMBAUD.       | Accouchements   | DELMAS (P.) |
| MARGAROT.      | Histoire natur. | GALAVIELLE. |
| DELMAS (J.).   | Physique .....  | CABANNES.   |
| MESTREZAT.     |                 | PECH.       |

## Examineurs de la thèse :

MM. ESTOR, prof., *président*.  
TEDENAT, professeur.

MM. RICHE, agrégé.  
ETIENNE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MA MÈRE ET A MON PÈRE

*Bien faible hommage de mon  
affection et de ma profonde re-  
naissance pour les sacrifices qu'ils  
se sont imposés.*

A MES SOEURS

MEIS ET AMICIS

A. CAT.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE  
MONSIEUR LE PROFESSEUR ESTOR  
PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE  
ET D'ORTHOPÉDIE  
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Pour l'insigne honneur qu'il  
nous fait de vouloir bien présider  
notre jury de thèse.*

A MON JURY DE THÈSE

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE  
DE MARSEILLE

A MES MAÎTRES  
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE  
DE MONTPELLIER

AU DOCTEUR TIMOTHÉE FERRAN

*qui nous a inspiré le sujet de notre  
travail, l'expression de notre vive  
et sincère reconnaissance.*

A. CAT.

# CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES TALALGIES

---

A propos de deux cas d'exostoses du calcanéum  
et de leur traitement chirurgical

---

## INTRODUCTION

Dans ce travail nous présentons deux cas de talalgie par exostoses du calcanéum. Nous avons observé le premier cas en 1920, à la clinique chirurgicale du docteur Timothée Ferran (rue Paradis), Marseille, chez une jeune fille de 20 ans. Le deuxième cas concerne un militaire que nous avons vu pendant notre séjour comme assistant à l'hôpital complémentaire 97 (St-Sébastien), Marseille, en 1920, dans le service du docteur Ferran (II<sup>e</sup> Division de blessés). Ce sont les deux seuls cas que nous ayons eu l'occasion de rencontrer au cours de notre séjour dans les hôpitaux.

Ces talalgies, rebelles à tout traitement médical, ont guéri avec le traitement chirurgical.

---

## HISTORIQUE

La talalgie est une affection caractérisée par une douleur intense siégeant au niveau de la tubérosité interne du calcanéum. C'est une algie permanente du talon. Cette affection est encore assez mal connue.

Elle fut signalée pour la première fois en 1871 par Swediaur dans la blennorragie.

Tillaux la dénomme : Affection douloureuse du talon.

Desprez, en 1875, l'étudie et appelle l'attention sur elle. Il la dénomme : « Névralgie du talon. Contusion chronique du talon. Maladie des sergents de ville ». Sans nier l'influence de la blennorragie, il l'attribue à une contusion du tissu cellulo-adipeux qui forme le coussin élastique sur lequel repose le poids du corps.

Fournier et Blum font entrer en ligne de compte, le 1<sup>er</sup> la blennorragie, le 2<sup>e</sup> le rhumatisme. C'est Blum qui donne le nom de talalgie.

Brousse, Berthier et ensuite Jacquet montrent le rôle étiologique de la blennorragie et de l'hyperostose périostique calcanéenne.

Enfin, depuis la radiographie, Rowler, Bracker, Reclus et Schwartz ont montré le rôle des exostoses du calcanéum.

**Au point de vue pathogénique.** tous les tissus du talon ont été considérés comme siège anatomique de la talalgie.

**THÉORIE TRAUMATIQUE DE DESPREZ.** — Desprez attribue la talalgie à une contusion chronique du talon. Il y a entre le derme et la peau du talon et l'os un tissu fibreux aréolaire qui emprisonne des lobules de graisse très dense. C'est sur cette partie que porte la contusion.

**THÉORIE DE LA BURSITE.** — Duplay, qui reprend ce travail, considère cette explication comme insuffisante, et pour lui la talalgie doit être attribuée à l'inflammation d'une bourse séreuse située entre le périoste et le coussinet graisseux du talon. Cette bourse, dite « *bourse séreuse de Lenoir* », permet un certain degré de glissement de la peau et du tissu graisseux sur l'os sous-jacent. Sous l'action de la marche, il en résulterait, par suite de la compression et du froissement de la bourse séreuse sous-calcanéenne, un hygroma chronique. Donc, pour Duplay, l'affection serait exactement localisée à cette bourse séreuse sous-calcanéenne de Lenoir.

**THÉORIE OSTÉOPÉRIOSTIQUE ET LIGAMENTEUSE.** — Jacquet, et son élève Voisin dans sa thèse inaugurale, sans nier la possibilité d'hygroma chronique, prétendent que la douleur n'est jamais exactement localisée à la bourse séreuse de Lenoir, mais diffuse le long du tendon et de l'aponévrose plantaire; ils émettent l'opinion que cette douleur est d'origine ostéopériostique et ligamenteuse.

THÉORIE NERVEUSE. — Jacquet attribue également la talalgie à une névrite d'origine centrale ou périphérique s'accompagnant d'hyperostose calcanéenne.

THÉORIE DE L'EXOSTOSE. — Jusqu'à la radiographie, talalgie était à peu près synonyme de blennorrhagie, et cette affection rebelle à toute thérapeutique médicale rendait le malade infirme et la guérison était rarement complète. Il a fallu la radiographie pour nous montrer que la talalgie, attribuée aux causes les plus diverses, était le plus souvent due à une exostose sous ou rétro-calcanéenne, c'est-à-dire une petite tumeur osseuse faisant saillie en un point de la face plantaire ou de la face postérieure du calcanéum.

Le professeur Reclus a dit : « Chaque fois que j'ai vu une talalgie, j'ai fait une radiographie, et j'ai toujours trouvé une exostose. » Cette déclaration est trop absolue, car nous ne pouvons nier la possibilité de talalgie par contusion chronique du coussinet graisseux du talon, ni l'hygroma de la bourse séreuse de Lenoir, dont on a apporté des observations indiscutables. Mais nous pensons que bien des cas de talalgie doivent être attribués à des exostoses sous et rétro-calcanéennes, et nous croyons indispensable de soumettre systématiquement tout malade atteint de talalgie à l'examen radiographique qui seul nous permettra de faire le diagnostic d'exostoses. Dans ce cas, ainsi que le font ressortir nos observations, les malades retireront le plus grand profit d'une intervention chirurgicale qui les rendra valides et aptes à reprendre leur travail.

Négligeant les autres causes de talalgie, nous n'aurons en vue dans ce travail que les talalgies par *exostoses*.

La connaissance donc des exostoses calcanéennes est née avec la radiographie et est par conséquent de date assez récente.

Jacquet (1892) (1), à propos de la talalgie, parle d'hyperostose calcanéenne ; il n'étudie que l'augmentation générale de volume de l'os, mais il ne semble pas avoir vu d'exostoses.

Rosler (1895) (2), dans une affection connue sous le nom d'achillodynie, décrit sur la face postérieure du calcanéum, au devant de la bourse prétendineuse, des proéminences osseuses de forme et de volume très variables qui joueraient un grand rôle dans la production des douleurs.

Brackett (1896) (3) cite une observation concernant un cas d'exostose rétro-calcanéenne placée au devant du tendon d'Achille et consécutive à traumatisme. L'auteur pense à une exostose traumatique. L'ablation fut suivie de la disparition des douleurs.

Painter (1898) (4) étudie la même affection et produit plusieurs observations accompagnées de radiographie qui montrent l'existence de saillies osseuses sur la face postérieure du calcanéum. Dans une de ces observations, la radiographie montre une exostose sous-calcanéenne très nette.

C'est donc Painter qui, le premier, signale l'exostose sous-calcanéenne.

---

(1) Jacquet. — Annales de dermatologie et syphiligraphie, 1892.

(2) Rosler. — Zur Kenntniss der Achillodynie (Deut. Zeitsch. f. Chirurgie, 1895).

(3) Brackett. — Sub tendinous exostosis (Boston medical and surgical Journal, 1896).

(4) Painter. — Trans. of the American orthop. Association, 1898.

Plettner (1900) (1) étudie les exostoses du calcanéum. C'est le premier travail sur les exostoses occupant la face plantaire de l'os. Son travail est établi sur six cas, dont trois ont été suivis de guérison après intervention.

Barker (1905) (2) relate une observation de douleur sous-calcanéenne dans laquelle la radiographie montre une exostose irrégulière placée au devant des tubérosités, et répondant à l'origine du grand ligament de la plante et du muscle abducteur du 5<sup>e</sup> orteil.

Baer (1906) (3) relate 6 observations d'exostoses sous-calcanéennes, accompagnées de radiographies. Son travail est doublement intéressant. Il apporte des radiographies qui montrent très nettement l'existence d'exostoses. D'autre part, poursuivant son étude à fond, il soumet les tissus enlevés à un examen bactériologique et histologique qui l'amènent à cette conclusion que les exostoses sont d'origine gonococcique. C'est la première fois que cette idée est émise d'une façon précise et basée sur des recherches scientifiques.

Reclus et Schwartz, dans la *Revue de chirurgie*, 1909, étudient également les exostoses.

---

(1) Plettner. — Ueber die Exostose des Fersenbeins (Jahrest der Ges. f. Natur, 1900).

(2) Barker. — Bilateral exostoses on the inferior surface of the calcaneus, gonorrheal in origin (The John's Hopkins Hospital, Bulletin 1905).

(3) Baer. — Gonorrheal exostoses of the os calcis (Annals of surgery, gynecology and obstetrics, p. 168).

---

## OBSERVATIONS

### OBSERVATION I

(Docteur Th. Ferran)

#### Talalgie persistante du pied gauche

M<sup>lle</sup> Maria C..., 20 ans.

La maladie débute, le 28 octobre 1919, à la suite d'une contusion légère du pied gauche. La malade fait un faux pas au cours d'une promenade. Dès lors elle se plaint d'une douleur persistante au niveau du talon gauche. Elle souffre lorsqu'elle appuie le pied à terre. La marche et la station debout lui sont très pénibles et lui occasionnent de vives douleurs. Elle est obligée de marcher sur la pointe du pied.

Elle est soignée successivement et sans succès pour rhumatisme, puis pour tumeur blanche du cou-de-pied, tous les modes de traitement sont épuisés. On lui fait d'abord des massages, puis des frictions au salicylate de méthyle, puis des pointes de feu. On lui fait prendre

du salicylate de soude et de l'aspirine, on l'immobilise, mais aucun de ces traitements n'amène de résultat notable.

Elle entre en mars 1920, donc 5 mois après le début de la maladie, à la clinique chirurgicale du docteur Ferran (Clinique St-Joseph, rue Paradis, Marseille).

*A l'examen*, le docteur Ferran constate une légère douleur à la pression du talon gauche sur la ligne médiane, mais la palpation la plus rigoureuse ne permet pas de sentir une exostose du calcanéum.

*A l'inspection*, le talon *gauche* est un peu plus gros et plus étalé que le talon *droit*. Le mollet gauche présente une atrophie musculaire d'environ 1 cm.

Le docteur Ferran fait faire une radiographie des deux pieds. Sur la radiographie du pied gauche on trouve : une légère crête osseuse, mais à contours peu nets, sur la surface plantaire du calcanéum.

Malgré ce résultat peu appréciable, le docteur Ferran fait le diagnostic d'exostose sous-calcanéenne non encore décelable à la radiographie, et propose à la malade une intervention qui est immédiatement acceptée.

*Opération* (le 2 avril 1920). — Anesthésie à l'éther. On fait une incision en fer à cheval contournant la demi-circonférence postérieure du talon gauche et allant jusqu'au voisinage du périoste, on rabat à la rugine la semelle plantaire, et au large ciseau on enlève une lame osseuse de 1/2 cm. d'épaisseur sur toute la surface plantaire du calcanéum. On suture complètement aux crins. On met un appareil plâtré dorsal maintenant le pied à angle droit.

Les suites opératoires sont parfaites. Réunion par première intention. Le 12 avril on enlève les fils. Le 17 avril on enlève l'appareil plâtré et la malade com-

menge à se lever. Elle marche sans difficulté et sans douleur sur le talon. Elle appuie bien son pied gauche, et, le 18 avril, elle quitte la Clinique St-Joseph en excellent état.

Nous avons eu l'occasion de revoir la malade en décembre 1920, soit 8 mois après son opération. Le résultat parfait s'est maintenu et cette jeune fille qui, avant son intervention, était condamnée au repos, peut vaquer à ses occupations, faire de longues promenades, et danser sans fatigue. Son talon ne lui a jamais plus fait mal.

L'atrophie musculaire de la jambe gauche a complètement disparu.

## OBSERVATION II

(Personnelle)

### Talalgie persistante des deux pieds

André-Louis C..., maréchal des logis chef au X... régiment d'artillerie.

*Antécédents héréditaires et collatéraux.* — Rien à signaler.

*Antécédents personnels.* — Coqueluche à 8 ans : Rougeole à 9 ans.

*Histoire de la maladie.* — Le malade a eu en 1913 une blennorrhagie qu'il traita au permanganate de potasse et à l'arrhéol pendant 3 mois 1/2. Guérison sans incident. Le malade reprend son service et sa vie normale.

En août 1914, il part sur le front avec sa batterie. Il y reste jusqu'en décembre 1916. A partir de ce moment, le malade accuse une lassitude générale. Manque d'appétit. On le met au repos quelques jours. Pendant un déplacement de sa batterie, il est pris subitement de douleurs violentes du côté de la prostate. La miction est très difficile et au bout de 24 heures il a une rétention d'urine complète. Ne pouvant continuer le voyage, il est débarqué à Château-Thierry et hospitalisé à l'Hôtel-Dieu de cette ville. On le sonde à son arrivée à l'hôpital, ce qui donne issue à une grande quantité d'urine.

L'examen rectal montre une prostate très volumineuse.

On le met au régime lacté absolu. Urotropine (0,50 3 fois par jour). On lui fait prendre des tisanes diurétiques (chiendent, queue de cerise, barbe de maïs). Pendant 2 jours il n'urine qu'avec la sonde.

Le 20<sup>e</sup> jour il se lève et accuse une assez forte douleur dans les chevilles.

On l'évacue sur le centre de neurologie de Provins avec le diagnostic de prostatite aiguë et rétention d'urine. Là, les douleurs articulaires persistant, on le change d'hôpital et on l'envoie à l'hôpital complémentaire n° 3. A son arrivée à cet hôpital, le malade a les chevilles très gonflées. Les 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> orteils sont également gonflés. Le malade n'a pas de température. Ses urines sont normales. On le traite pour rhumatisme et on institue le traitement habituel : Frictions avec salicylate de méthyle. Salicylate de soude à l'intérieur à la dose de 3 gr. par jour. Cette crise articulaire dure jusqu'en février 1917. Les phénomènes douloureux s'amendent peu à peu. L'œdème des chevilles disparaît progressive-

ment, mais cependant pas complètement. Le malade part en convalescence.

Arrivé chez lui, il est obligé de s'aliter. Les chevilles sont gonflées et douloureuses. La marche et la station debout sont impossibles. Il reprend le traitement par salicylate de méthyle (frictions) et salicylate de soude à l'intérieur. Sa convalescence terminée, il rejoint le dépôt et passe une visite; on le met en observation.

Le 25 avril, le malade a une nouvelle crise qui dure 3 mois. Ses chevilles sont très gonflées. Son genou gauche est également très gonflé; l'articulation radio-carpienne du poignet droit est prise également. Ces articulations sont chaudes et douloureuses. Les mouvements d'extension et de flexion des deux jambes sont impossibles, surtout à gauche. La température est élevée, 40°3.

Nouveau traitement par salicylate de méthyle (frictions). Salicylate de soude (4 gr. par jour). Régime lacté.

Pendant 20 jours la température se maintient au-dessus de 39° et pendant 2 mois la température oscille entre 38° et 39°; puis tout rentre dans l'ordre, mais il reste un craquement articulaire des deux genoux, et un peu de douleur dans les deux pieds.

Le malade rejoint son dépôt le 8 septembre, mais il est hospitalisé de nouveau avec le diagnostic de « rhumatisme subaigu ». Il n'a pas de température. On le propose pour la réforme et la C. S. R. de Nîmes le réforme pour « *talalgie et arthrite rhumatismale chronique du genou gauche* ».

Repris le 16 mars 1918 par la C. S. R. de Grenoble, il rejoint son dépôt et est proposé par le médecin de son corps pour une cure thermale à Dax. Là, il prend des

bains de boue pendant 25 jours. Amélioration notable. Disparition de la gêne articulaire. Les chevilles et doigts de pied fonctionnent normalement, mais la talalgie persiste dans les deux pieds, à gauche plus particulièrement, gênant considérablement la marche et la station debout. Le malade, au retour de Dax, reprend son service, mais est dispensé de tout travail pénible et affecté à un service de bureau, à cause de sa talalgie rebelle à tout traitement.

En 1919, le malade fait une nouvelle cure à Dax, mais sans résultat appréciable. Il continue toute l'année son service de bureau, mais sa talalgie persiste. En 1920, sur sa demande, il est proposé pour une cure à Barèges et est dirigé à cet effet sur l'hôpital complémentaire 97 à Marseille qui était chargé de l'envoi aux eaux thermales, et le malade entre à la II<sup>e</sup> Division de blessés dans le service du docteur Ferran. On constate à son arrivée :

*Au genou gauche.* — Pas d'augmentation de volume, mais un craquement dans les mouvements de flexion et d'extension ; ce craquement n'est pas douloureux.

*Au pied gauche.* — Une légère déformation du talon et douleur à la pression du talon.

*Au pied droit.* — La pression au niveau du talon est également douloureuse, mais moins qu'à gauche.

La marche et la station debout sont très pénibles pour le malade qui est condamné au repos. Il passe ses journées étendu sur le lit. Dès qu'il marche un peu, il est obligé de s'appuyer aux tables, aux murs. Ses talons sont si douloureux qu'il appréhende de poser ses pieds à terre. Il est bientôt obligé de s'arrêter et de s'asseoir. Lorsqu'il se relève pour repartir, il éprouve les plus grandes difficultés pour se remettre en marche. Puis au bout de quelques minutes il marche plus facilement.

Son *état général* est excellent. C'est un garçon robuste

et vigoureux, bien charpenté. Ses divers appareils que nous avons examinés systématiquement sont normaux.

Son *cœur* ne présente rien de particulier.

*Appareil digestif.* — Appétit excellent. Digestion facile.

*Appareil respiratoire.* — Normal.

*Urines* normales.

On fait radiographier le malade et l'examen radiographique décèle aux deux pieds la présence d'exostoses : sous-calcanéenne à droite, sous et rétro-calcanéennes à gauche. Les exostoses sont plus volumineuses à gauche.

Le pied droit nous montre à la partie supérieure du calcanéum une légère crête osseuse. Les contours de l'os sont peu nets, comme dentelés.

Le pied gauche nous montre une exostose sous-calcanéenne et une exostose rétro-calcanéenne très nettes. Nous voyons se détacher de la partie inférieure du calcanéum un véritable éperon dont la partie dirigée en avant est effilée et dont la base d'implantation est beaucoup plus large, plus épaisse. De la partie postéro-supérieure du calcanéum part également une saillie osseuse de forme triangulaire, à contours assez nets.

On propose une intervention qui est immédiatement acceptée, et on opère le malade le 23 juillet.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE. — Anesthésie à l'éther. On fait aux deux pieds une incision en fer à cheval, contournant la demi-circonférence postérieure du talon, et on va jusqu'au voisinage du périoste. On rabat la semelle plantaire à la rugine, et au ciseau et au maillet on fait sans difficulté la résection des exostoses. Sur le pied gauche on fait une incision verticale et perpendiculaire à la première incision pour atteindre l'exostose en passant à travers le tendon d'Achille. On la trouve sans

difficulté et on la résèque au ciseau. On suture aux crins. On met les pieds en bonne position, c'est-à-dire à angle droit, et on les y maintient avec un appareil plâtré dorsal.

Réunion par première intention. Dix jours après on enlève les fils, et vingt jours après l'appareil plâtré.

Le malade se lève et commence à marcher, mais avec quelque difficulté cependant, quelques douleurs persistant au niveau des articulations tibio-tarsiennes.

Les suites éloignées de l'opération sont parfaites. Le malade, à qui nous avons demandé des nouvelles avant de commencer notre travail, nous écrivait ces jours-ci : « Je me fais un plaisir de vous annoncer que l'opération que j'ai subie à Marseille, en juillet 1920, a donné tous les résultats que vous espériez et que, moi, j'attendais sans grande conviction, car je vous avoue franchement qu'après 4 ans de souffrances je n'avais plus confiance en rien.

» Actuellement je ne ressens plus aucune douleur aux talons. Il m'est arrivé, plusieurs fois, de faire de longues marches (plus de 20 kilomètres dans la journée) sans aucune difficulté; et le soir je ne ressentais absolument rien aux talons, ni au-dessous, ni derrière. J'assure actuellement un travail de bureau. Je remue toute la journée, m'asseyant et me relevant à tout moment, sans avoir, comme avant l'opération, l'appréhension du « départ » et de la « mise en marche ».

» Malheureusement ma cheville droite, atteinte d'arthrite rhumatismale, est toujours douloureuse, sinon je marcherais aussi bien qu'avant la guerre. »

---

## ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les exostoses du calcanéum forment des masses dures plus ou moins régulières, faisant corps avec l'os calcanéum. Elles occupent sur cet os deux sièges de prédilection : 1° Sous le calcanéum ; 2° Derrière le calcanéum.

*Les exostoses sous-calcanéennes* occupent la face plantaire de l'os et elles s'implantent le plus souvent sur la région tubérositaire. Le plus souvent c'est sur la tubérosité calcanéenne interne qu'elles prennent naissance. Quelquefois, mais rarement, elles naissent de la tubérosité calcanéenne externe. Elles peuvent naître sur les deux tubérosités à la fois.

Très variables de forme, elles affectent quelquefois la forme d'un « éperon », d'un « pénis de chien » (Reclus), avec une large base d'implantation et un sommet antérieur pointu. Tantôt elles affectent la forme d'une lame osseuse aplatie qui s'implante sur la région des tubérosités.

La base d'implantation est généralement plus large et plus épaisse que la partie antérieure libre.

*Les exostoses rétro-calcanéennes* siègent à la face postérieure du calcanéum que l'on peut diviser en trois zones :

Une inférieure, répondant à l'insertion du tendon d'Achille ;

Une moyenne, lisse, à forme de croissant, répondant à la bourse séreuse qui existe au devant du tendon d'Achille ;

Une supérieure, répondant à l'extrémité supérieure du calcanéum.

Les exostoses sont le plus souvent bilatérales.

Quant à leur structure, elles sont constituées soit par du tissu osseux normal, sain, soit par du tissu osseux présentant des lésions d'ordre inflammatoire.

## SYMPTOMES

Tantôt l'affection se développe lentement, insidieusement. Le malade commence par éprouver des engourdissements, des picotements dans le pied qui va être atteint. Il peut continuer ses occupations pendant un certain temps ; mais, la cause persistant, les symptômes vont en s'aggravant et la douleur se développe peu à peu.

D'autres fois, au contraire, l'affection a un début brutal et, d'emblée, le talon est douloureux et le malade condamné à un repos forcé.

L'affection une fois constituée se manifeste par des signes fonctionnels et physiques.

*Dans le cas d'exostose sous-calcaneenne*, le symptôme qui domine est *la douleur* violente, ressentie par le malade toutes les fois que son pied touche le sol. La marche et la station debout sont très pénibles et parfois même impossibles. Les malades sont obligés de marcher sur la pointe des pieds. Cette douleur disparaît à peu près complètement lorsque le malade est couché.

*A l'examen physique*, on ne trouve habituellement rien d'anormal.

La *palpation* ne montre habituellement aucune saillie. Dans quelques rares cas, cependant, une palpation rigoureuse permet de sentir une résistance osseuse irrégulière; mais ce qui est caractéristique, c'est la *douleur à la pression*. En effet, la pression détermine une douleur très vive au niveau de la partie antérieure de la tubérosité calcanéenne interne. L'examen ne sera complet qu'avec une radiographie qui seule nous donnera la certitude d'*exostoses*.

*Dans le cas d'exostose rétro-calcaneenne*, les signes fonctionnels sont : Douleur plus ou moins violente à la marche, mais moins intense que dans le cas d'exostose sous-calcaneenne. La station debout est moins douloureuse.

L'examen physique nous montre une déformation de la région calcanéenne postérieure. Le tendon d'Achille paraît comme épaissi, élargi, soulevé. La palpation permet quelquefois de sentir une pointe ou une crête osseuse. La pression réveille de la douleur.

## ÉTIOLOGIE. — PATHOGÉNIE

C'est une affection qui atteint de préférence les hommes, et généralement des individus bien portants. Presque toutes les observations publiées concernent des hommes.

La profession semble avoir un rôle prédisposant très marqué. Les métiers qui nécessitent une station debout prolongée (garçons livreurs, gardiens de la paix, soldats, garçons de magasin, boulangers, etc.) semblent avoir une influence favorisante indiscutable. La marche sur un sol caillouteux, le port de chaussures à semelles minces, les traumatismes (chutes, contusions), ont également une influence prédisposante.

*Pathogéniquement* on a donné les explications les plus diverses.

Chrysospathes et Blenke attribuent l'exostose à une disposition anormale de l'apophyse calcanéenne qui descendrait très bas.

Brackett pense à une périostite traumatique; sous l'influence d'un traumatisme il y aurait prolifération du périoste, ce qui aboutirait à l'exostose.

Backer, Baer, Jaeger attribuent l'exostose à une périostite gonococcique.

D'autres auteurs croient à une origine diathésique (rhumatisme, goutte, etc.).

Reclus et Schwartz admettent plusieurs causes. Parfois l'exostose ne serait que l'exagération normale, c'est-à-dire une exubérance des tubercules calcanéens par traction des tendons et aponévroses de la région. Le traumatisme, la blennorrhagie et la syphilis seraient des causes adjuvantes.

En somme, au point de vue pathogénique, on peut diviser les exostoses les plus importantes en trois classes :

Exostoses de développement ;

Exostoses traumatiques ;

Exostoses infectieuses.

Le cas de l'observation I nous paraît plutôt d'origine traumatique, car dans les antécédents aussi bien héréditaires que personnels nous ne relevons rien de particulier qui puisse nous donner une indication quelconque. Pas de rhumatisme. Pas de traces de spécificité. La blennorrhagie doit être écartée. Pas d'antécédents diathésiques.

Dans le cas de l'observation II nous avons vraisemblablement affaire à une exostose d'origine infectieuse. Est-ce la blennorrhagie, est-ce le rhumatisme que l'on doit incriminer ? Le rhumatisme a-t-il une relation quelconque avec la blennorrhagie ? La question est difficile à résoudre.

Il aurait fallu, pour être certains du diagnostic étiologique, soumettre les tissus enlevés à l'analyse bactériologique.

logique et histologique qui nous auraient peut-être donné des renseignements intéressants.

Au point de vue pratique, peu nous importe. Il y a une exostose, et, quelle que soit l'origine de cette exostose, le résultat est le même. Le seul traitement qui s'impose est la cure radicale : Résection des exostoses.

## DIAGNOSTIC

Le diagnostic ne peut être fait que par la radiographie. Quoique la palpation nous permette quelquefois de sentir une résistance osseuse particulière, c'est, dans l'immense majorité des cas, la radiographie qui nous révèle la présence d'exostoses.

La douleur bien localisée sous le talon, pendant la marche et la station debout, la douleur à la pression sont des symptômes suffisants pour établir le diagnostic de talalgie, mais ne peuvent suffire pour établir celui de talalgie par exostoses. Il faut le concours de la radiographie, qui seule nous permettra d'affirmer qu'on a affaire à une exostose du calcanéum. Aussi, comme nous le disons plus haut, l'examen du malade atteint de talalgie ne sera complet que si une radiographie est faite. Il est indispensable de soumettre systématiquement le malade à l'examen radiographique. L'examen du pied sera fait en position latérale interne ou externe.

Grâce à cet examen radiographique qui éclairera notre diagnostic, nous pourrons lutter efficacement contre cette affection et, par une opération facile et sans danger, rendre au malade toute sa validité et lui permettre de reprendre ses occupations et sa vie habituelle.

## PRONOSTIC

Quoique les exostoses sous et rétro-calcaneennes douloureuses, abandonnées à elles-mêmes, n'aient aucune tendance à régresser spontanément et fassent du malade un véritable infirme condamné au repos, incapable de continuer ses occupations, leur pronostic, en somme, n'est pas grave, puisque avec un traitement chirurgical simple et sans danger on peut débarrasser les malades de leur infirmité et les rendre aptes à reprendre leur vie normale.

---

## TRAITEMENT

Les exostoses du calcanéum sont justiciables d'une intervention chirurgicale. On a proposé un traitement orthopédique, mais la thérapeutique la plus rationnelle est la résection de l'exostose.

La technique opératoire est très simple.

*Pour les exostoses sous-calcanéennes*, on fait une incision en fer à cheval encadrant le talon en arrière et sur les côtés et allant jusqu'à l'os. On obtient ainsi un lambeau que l'on rabat en lui laissant le pannicule adipeux. On découvre l'exostose, on la libère sur les bords avec le bistouri, et on fait l'ablation avec ciseau et maillet. On suture ensuite aux crins de Florence.

*Pour les exostoses rétro-calcanéennes*, on fait une incision verticale sur la face postérieure du tendon d'Achille, on le fend dans sa totalité sur une étendue verticale suffisante pour y voir clair, on enlève l'exostose au ciseau et au maillet. On suture le tendon au catgut et les téguments aux crins de Florence.

*Pour les exostoses sous et rétro-calcanéennes*, lorsqu'elles coïncident, on fait les mêmes incisions ou une seule incision formée de trois segments.

Cette intervention donne un résultat rapide et excellent comme le montrent les observations ci-dessus. On a bien cité quelques cas de récidence, mais il semble, dans les cas qui en ont été publiés, que ces récidentes étaient dues à des exostoses qui avaient échappé à l'examen radiographique et n'avaient pas été réséquées, car après une nouvelle intervention les malades ont été radicalement guéris.

Aussi il semble qu'il serait préférable, au lieu de se borner à la simple résection de l'exostose, d'enlever une mince lame osseuse sur toute la surface plantaire du calcaneum, car ainsi on aurait beaucoup plus de chance d'obtenir une guérison complète, en enlevant des exostoses encore trop petites pour être décelables à la radiographie et à la palpation, et qui risqueraient de rester méconnues et de nécessiter plus tard une autre intervention.

---

## CONCLUSIONS

I. — La radiographie nous a appris que bien des talalgies qu'on attribuait à des causes les plus diverses sont souvent dues à des exostoses sous ou rétro-calcanéennes.

II. — Anatomo-pathologiquement ce sont de petites tumeurs faisant corps avec l'os et constituées par de l'os sain ou de l'os avec des lésions inflammatoires.

III. — L'étiologie et la pathogénie sont encore mal connues.

IV. — La symptomatologie est bien nette, mais le diagnostic ne peut être fait que par la radiographie.

V. — Quoique de pronostic bénin, elles constituent une véritable infirmité pour le malade, et il faut recourir au traitement chirurgical.

VI. — La résection des exostoses est le seul traitement rationnel et qui assure une guérison durable.

---

## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

DESPREZ. — Chirurgie journalière, 1875.

FABRE. — Thèse, 1875.

BLUM. — Chirurgie du pied, 1888.

JACQUET. — Annales de dermatologie et syphiligraphie, 1892.

BROUSSE. — Revue de chirurgie, 1895.

DUPLAY. — Presse médicale, 1896.

ROSSLER. — Zur Kenntniss der Achillodynie (Deut. Zeitsch. f. Chirurgie, 1895).

BRACKETT. — Sub tendinous exostosis (Boston medical and surgical Journal, 1896).

JACQUET. — Société médicale des hôpitaux, 5 mars 1897.

VOISIN. — Thèse de Paris, 1899.

PAINTER. — Trans. of the American orthop. Association, 1898.

EGRET. — Thèse de Paris, 1900.

PLETTNER. — Ueber die Exostose des Fersenbeins (Jahrest der Ges. f. Natur, 1900).

BARKER. — Bilateral exostoses of the inferior surface of the calcaneus gonorrheal in origin (The John's Hopkins Hospital, Bulletin 1905).

BAER. — Gonorrheal exostoses of the os calcis (Annals of surgery, gynecology and obstetrics).

JACQUET et JUNGEAS. — Société de radiologie, mars 1911.

RECLUS et SCHWARTZ. — Revue de chirurgie, 1909.

MOURRE et BAILLET. — Paris médical, 1911.

LE DENTU et DELBET. — Nouveau traité de chirurgie.

---

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 15 avril 1921.

Le Recteur,

Jules COULET.

VU ET APPROUVÉ :

Montpellier, le 14 avril 1921.

Le Doyen,

E. DERRIEN.

## SERMENT

---

*En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!*

---



---

Montpellier. — *L'Abeille*, Imprimerie Coopérative ouvrière  
14, avenue de Toulouse. — Téléph. 8-78.

---



